

# 造影検査を受ける患者さんのための問診票

患者氏名 \_\_\_\_\_ 代理人(続柄) \_\_\_\_\_ ( )

造影剤を使用する検査を安全に受けていただくために以下の質問にお答えください

1. 今回、または過去に、造影剤使用について説明を受け、同意したことがありますか？	→はい・いいえ・わからない
2. 今回、造影剤を使用する検査に同意しますか？	→はい・いいえ・わからない
3. 今までに造影剤を使用する検査を受けたことがありますか？	→はい・いいえ・わからない
<u>はいの人のみ</u> 副作用がありましたか？	→なし・あり・わからない
4. 気管支喘息と診断されたことがありますか？	→いいえ・はい・わからない
<u>はいの人のみ</u> 気管支喘息の治療をしていますか？	→いいえ・はい・わからない
5. 甲状腺の病気と診断されたことがありますか？	→いいえ・はい・わからない
<u>はいの人のみ</u> 甲状腺機能亢進症、バセドウ氏病ですか？	→いいえ・はい・わからない
6. 腎臓の機能低下はありますか？	→いいえ・はい・わからない
7. 糖尿病の治療を受けていますか？	→いいえ・はい・わからない
<u>はいの人のみ</u> 治療の薬の名前はわかりますか？	→はい・いいえ
8. 心臓病の治療を受けていますか？	→いいえ・はい・わからない
9. 薬物アレルギー・食物アレルギーがありますか？	→いいえ・はい・わからない
10. 授乳中あるいは妊娠中ですか？	→いいえ・はい・わからない
11. 体重を教えてください	→ _____ kg

## 医師または看護師・医師事務補助者記載

\*腎機能：血清クレアチニン値 \_\_\_\_\_ mg/dl (検査実施日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

・腎機能低下は投与量を減らすなど、個別の対応が必要。

\*糖尿病の治療薬：ビグアナイド系薬剤 有 ( ) ・ 無

・糖尿病治療薬のうちビグアナイド系薬剤は併用注意。前後 48 時間は内服中止。

\*造影剤副作用の記録 有 ・ 無

\*同意書確認 済 ・ 未

注意事項：造影剤の投与可否に関しては、造影剤添付文書とオーダーリング共有フォルダ内「副作用」「判断基準」も参考にし、判断すること。

=====  
 以上の問診の結果、造影剤使用を 指示する ・ 指示しない

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医師署名 \_\_\_\_\_ (診療科 \_\_\_\_\_)

特記事項 有 (使用の条件、中止薬剤、その他)

中止薬剤指示 \_\_\_\_\_